Nr 24. Kraków, 17. czerwca 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal

Rok LVII. Kraków, 17. czerwca 1918 Nr. 24.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

**Z oddziału urologiczno-chirurgicznego c. i k. szpitala garnizonowego Nr. 15 w Krakowie.**

## Prawdziwe uchyłki pęcherza moczowego i ich chirurgiczne leczenie.

Podał

**Dr Tadeusz Pisarski**

c. k. lekarz pułkowy, kierownik oddziału.

(Ciąg dalszy).

Badania Ciechanowskiego nad tłem anatomicznem niedomogi pęcherza u ludzi starszych dowiodły, że w podeszłym wieku zdarza się często zmiana ilościowa stosunku składników ściany pęcherza na niekorzyść mięśnia; przewagę uzyskuje tkanka łączna włóknista. Podobnie, jak i Casper nie znajduje i Ciechanowski ściślejszego związku pomiędzy występowaniem tych zmian a miażdżycą drobnych tętniczek pęcherza.

Jako przykład nabytego uchyłka prawdziwego może posłużyć przypadek, opisany przez E. Francka i Stöckela; w tym przypadku w następstwie operacyi w okolicy pęcherza powstała blizna, która kurcząc się pociągała ścianę pęcherza i spowodowała uchyłkowate wypuklenie.

W etyologii powstawania prawdziwych uchyłków pęcherza może mieć znaczenie ucisk kamienia, znajdującego się w pęcherzu; rozstrzygnąć jednak napewno, czy kamień był pierwotnie w pęcherzu i spowodował powstanie uchyłka, jest częstokroć niemożliwe.

Uchyłki pęcherza mogą dłuższy czas, a nawet i całe życie nie sprawiać chorym żadnych dolegliwości i dlatego pewna liczba tych przypadków wychodzi na jaw dopiero podczas sekcyi. Ale tak się ma rzecz tylko, jeżeli niema powikłań, te bowiem najczęściej zmuszają chorego szukać porady i bardzo często tak opanowują cały obraz kliniczny, że trudno rozdzielić, które dolegliwości zależą od uchyłka, a które od przyłączającego się powikłania. Według Pagenstechera prawdziwy uchyłek pęcherza, posiadając taką samą budowę ściany i unerwienie, jak i pęcherz, wydala z siebie mocz na tych samych prawach fizycznych, co i pęcherz, tylko że pęcherz opróżnia się wprost na zewnątrz, a uchyłek naprzód do pęcherza; wzmożona przez to praca pęcherza powoduje z czasem przerost roboczy warstwy mięsnej, przez co wydalanie moczu z pęcherza odbywa się pod dużem ciśnieniem. Z tem wzmożonem ciśnieniem wśródpęcherzowem walczyć musi uchyłek, którego ściana również przerasta i z walki tej wychodzi tak długo zwycięzko, dopóki nie nastąpi niedomoga jego ściany mięsnej; z chwilą gdy to nastąpi, zaczyna się zatrzymywanie pewnej ilości moczu w uchyłku, które z biegiem czasu i postępem niedomogi mięśni staje się coraz większe i sprowadza wreszcie rozszerzenie uchyłka, jako stały stan. W ten sposób tłumaczy ten mechanizm Pagenstecher. Do rozszerzenia, a wreszcie i do zupełnego porażenia ściany uchyłka dochodzi tem wcześniej, jeżeli istnieją dodatkowo przeszkody w odpływie moczu w dolnych drogach moczowych, jak stulejka (Zachrisson, Ljunggren), zwężenie cewki (Czerny), przerost sterczu (Riedel, Israel), lub też, jak przyjmuje Cholzoff, jeżeli otwór łączący leży tak niekorzystnie, że już przez samo swoje położenie utrudnia mechanicznie przechodzenie treści z uchyłka do pęcherza.

Rozszerzenie takie i zupełne porażenie ściany uchyłka, a co za tem idzie, nadmierne wypełnienie uchyłka moczem, może spowodować przez ucisk cewki od zewnątrz zupełne lub niezupełne zatrzymanie moczu; jeżeli zatrzymanie jest niezupełne, to towarzyszy mu częste oddawanie moczu. Oprócz częstego oddawania moczu, które może być silniej lub słabiej zaznaczone, podają chorzy często, że po oddaniu moczu, kiedy strumień się kończy, nie mają uczucia zaspokojenia potrzeby, jak w stosunkach prawidłowych, lecz mimo niemożności dalszego moczenia czują potrzebę oddania moczu. Można przyjąć, że powodem tego uczucia jest ucisk wypełnionego uchyłka na szyję pęcherza.

Oddawanie moczu bywa utrudnione; chorzy muszą przeć, używać tłoczni brzusznej, a cały akt oddawania moczu przedłuża się.

Jednym z najczęstszych objawów i przez wielu autorów spostrzeganym jest moczenie dwuczasowe; po oddaniu moczu następuje pauza kilkominutowa, po której znowu pęcherz się obficie wypróżnia. Zaaijer spostrzegał chorego, który po dużych wysiłkach fizycznych oddawał mocz kilkakrotnie, 6—7 razy, z małemi minutowemi przerwami; objaw ten, pokrewny dwuczasowemu moczeniu, tłumaczy Zaaijer cofaniem się moczu z pęcherza do uchyłka podczas aktu moczenia, szczególnie jeżeli oddawanie przez cewkę bywa utrudnione; gdy tylko pęcherz przestaje się kurczyć, wlewa się do niego cofnięty poprzednio płyn z uchyłka i występuje na nowo uczucie potrzeby oddania moczu; sprawa ta powtarza się dopóty, dopóki chory nie odda takiej ilości moczu, aż wystąpi uczucie zupełnego zaspokojenia.

Krwiomocz niejednokrotnie spostrzegano i jeżeli niema równoczesnego zapalenia błony śluzowej pęcherza i uchyłka lub nowotworu, tłumaczono ten objaw zmienionymi stosunkami w krążeniu w następstwie silnego rozdęcia ścian pęcherza przez zalegający mocz.

Najpoważniejszem powikłaniem uchyłków pęcherza jest zakażenie, w następstwie którego powstają zmiany zapalne na błonie śluzowej pęcherza i uchyłka. Droga, którą zarazki mogą się dostać do pęcherza, może być różna; dostają się one tam przez cewkę, badanie narzędziami może je tam wprowadzić, a mogą także przedostać się do dróg moczowych drogą naczyń krwionośnych.

Rozpoznanie uchyłka pęcherza należy niejednokrotnie do bardzo trudnych zadań i pomimo całego szeregu podanych sposobów badania, jakoteż tak doskonałych metod badania, jak cystoskopia i radiografia, może stanowcze rozpoznanie uchyłka być niemożliwe.

Wywiady nie pozwalają prawie nigdy na dalej idące wnioski i jest rzeczą wogóle uderzającą, jak skąpych wiadomości udzielają nam zwykle chorzy na uchyłek.

Objawy kliniczne: Z całego szeregu objawów klinicznych jeden tylko zaledwie objaw dwuczasowego moczenia posiada pewną wartość rozpoznawczą. Tak przynajmniej prawie wszyscy autorowie przyjmują. Zdaje się jednak, że objaw ten należy oceniać bardzo krytycznie; po pierwsze dlatego, że daje się stwierdzić tylko w pewnej części spostrzeganych przypadków, powtóre zaś dlatego, że niema cechy wyłączności, niezbędnej, ażeby go określić jako objaw znamienny. Typ oddawania moczu w dwu porcyach z małą kilkuminutową przerwą pośrodku można napotkać u chorych na przerost sterczu w pierwszym i drugim okresie choroby, t. j. w okresie kongestyi i niezupełnego zatrzymania moczu. Chorzy tacy podają często w wywia-

dach, że szczególnie rano po obudzeniu się oddają mocz w tym typie, co przy tej chorobie tłumaczymy sobie silniejszym nawałem do sterczu, spowodowanym snem.

Inne objawy, jak częste oddawanie, oddawanie z parciem lub bólem, trudne oddawanie z potrzebą użycia tłoczni brzusznej, przedłużone oddawanie moczu, mimowolne moczenie, krwiomocz, nawet przy niezakażonym moczu nie posiadają swoistego znaczenia, gdyż aż nadto często spotykane bywają przy wielu innych sprawach chorobowych. Jeszcze więcej na znaczeniu tracą te objawy, jeżeli istnieje zakażenie dróg moczowych i mocz zawiera ropę. Obraz nieżytu pęcherza panuje wówczas ponad wszystkiem i z tych objawów sądząc, ponad rozpoznanie pospolitego nieżytu pęcherza posunąć się nie możemy.

Englisch zwraca uwagę na szczególny typ oddawania moczu, a mianowicie: Chory opróżnia pęcherz z początku szybko, później zaś, gdy uchyłek zaczyna swoją treść wydalać, prąd moczu słabnie i staje się powolnym, a przyspieszyć i wzmocnić go można przez ucisk ręką na okolicę uchyłka przez powłoki brzuszne. Objaw ten tłumaczy Englisch w ten sposób, że kiedy pęcherz wydala mocz i kurczy się, to zaciska otwór uchyłka i nie dozwala mu się opróżnić, kiedy zaś mięśnie pęcherza przestaną się kurczyć, otwór uchyłka rozszerza się i treść jego powoli się wydobywa i na zewnątrz bywa wydalaną. W ten sposób tłumaczy Englisch także objaw dwuczasowego moczenia.

Nieco pewniejsze wyniki daje badanie fizyczne.

Oglądaniem można stwierdzić przy wypełnionym pęcherzu i dużym uchyłku niesymetryczne wypuklenie ściany brzucha po prawej lub lewej stronie od linii środkowej ciała. Pamiętać jednak należy, na co szczególnie zwraca Englisch uwagę, że i prawidłowy pęcherz niezawsze bywa położony w środku miednicy małej, lecz może być przez wypełnioną odbytnicę przesunięty na prawo lub też sprawiać po lewej stronie lekkie wypuklenie, jeżeli obie jego połówki nierównomiernie i niesymetrycznie się rozszerzają. Żadnych wniosków z oglądania wysnuwać nie można, jeżeli istnieje niesymetryczność budowy n. p. wskutek skrzywień kręgosłupa.

Przy korzystnych warunkach badania, t. j. jeżeli powłoki brzuszne nie są zbyt grube i przy odpowiedniem ułożeniu chorego z przykurczonemi kończynami dolnemi, wzniesionym tułowiem i otwartemi ustami, można czasami wysnuć pewne wnioski ze zbitości, jaką się wyczuwa przy obmacaniu okolicy pęcherza; zbitość wyczuwanego guza bywa nierównomierna: pęcherz właściwy wyczuwa się nieco oporniej, zbitość zaś uchyłka bywa miększa z powodu wiotkości jego ściany.

Ból na ucisk może w łączności z innymi objawami dać pewne wskazówki rozpoznawcze. Ból występuje tylko przy zapaleniu; zapaleniu ulega zazwyczaj równocześnie błona śluzowa pęcherza i uchyłka, jakkolwiek niejednokrotnie spostrzegano, że i sam uchyłek bez udziału pęcherza może uledz zapaleniu. Otóż przy uciskaniu, szczególnie dwuręcznem, t. j. przez powłoki brzuszne i odbytnicę, stwierdzić się daje bolesność, która szczególnie duża bywa w okolicy samego uchyłka, tutaj bowiem nasilenie sprawy zapalnej bywa większe.

Najmniej pewne wyniki daje opukiwanie, raz dlatego, że blizkie sąsiedztwo kiszek, jako narządu zawierającego powietrze i mogącego się różnie układać, może wpływać na ukształtowanie stłumienia, a powtóre dlatego, że pęcherz rozszerza się przy wypełnieniu naprzód i głównie ku tyłowi, t. j. ku kości krzyżowej, a okolica ta jest dla opukiwania niedostępna.

Badanie przez odbytnicę, szczególnie badanie skombinowane przy równoczesnym ucisku drugą ręką na okolicę nadłonową, może dać przy wypełnionym pęcherzu i bocznie położonym uchyłku bardzo jasny obraz.

Pielicke stwierdził osłuchiwaniem, przy uciskaniu na okolicę uchyłka, wyraźny i charakterystyczny szmer, wywołany przelewaniem się płynu z uchyłka do pęcherza i naodwrót, przez otwór łączący.

Badanie narzędziami: Dokładne obmacanie ścian pęcherza przy pomocy zgłębnika metalowego z równoczesnem kontrolowaniem końca zgłębnika palcem, wprowadzonym do odbytnicy, może nas doskonale poinformować o obecności uchyłka; można dobrze określić jego położenie, wielkość, a nawet szerokość otworu łączącego go z pęcherzem. Lecz dzisiaj, wobec cystoskopii, rzadko kto ucieka się do badania zgłębnikiem metalowym. Cystoskopia w stosunku do badania zgłębnikiem przedstawia metodę o wiele pewniejszą co do wyników, a przedewszystkiem o wiele więcej oszczędza chorego.

Englisch starał się metalowy cewnik wsunąć do uchyłka i zauważył, że mocz odpływa wówczas bardzo powoli, a jeżeli uchyłek leży z boku i ku tyłowi i jest duży, z powodu tego, iż ściany jego są zazwyczaj zwiotczałe, prąd odpływającego moczu bywa słaby; dopiero przy ucisku ręką na okolicę uchyłka prąd ten staje się silniejszym. Jeżeli pęcherz i uchyłek są zakażone, to mocz, który w pierwszej części był lekko mętny, staje się za uciskiem na uchyłek silnie ropnym.

Istotne znaczenie dla rozpoznawania uchyłka pęcherza, szczególnie przy pewnej jego wielkości i położeniu na przedniej ścianie pęcherza, ma wedle Cholzoffa zjawisko znikania guza w okolicy pęcherza po założeniu cewnika i wypuszczeniu moczu i zjawiania się guza po napełnieniu pęcherza.

Najpewniejszym sposobem rozpoznania uchyłka pęcherza jest cystoskopia. Wykazuje ona jak najdokładniej, gdzie uchyłek się znajduje, w której okolicy pęcherza, jakim otworem łączy się z pęcherzem i jaki jest jego stosunek do moczowodu, poucza nas dalej o stanie błony śluzowej pęcherza i samego uchyłka, do którego można wsunąć cystoskop, wykrywa ewentualne kamienie lub nowotwory, które nie należą do rzadkości w uchyłkach, dalej pozwala ocenić wielkość i kształt gruczołu krokowego, jakoteż i wartość czynnościową nerek, co ze względu na zabieg chirurgiczny może mieć duże znaczenie. Jak każda metoda kliniczna, tak i cystoskopia obraca się w pewnych granicach możliwości i bywają przypadki, gdzie zastosować jej nie można. Do takich zaliczyć trzeba n. p. zwężenia cewki, które nie pozwalają na wprowadzenie cystoskopu. Jeżeli się uda wprowadzić cystoskop, to w samym pęcherzu napotkać mozemy na duże trudności. I tak silny obrzęk zapalny błony śluzowej pęcherza może sprawiać, że otwór łączący zostaje zupełnie zaciśnięty i w cystoskopie niewidoczny; dalej, jeżeli się pęcherz wypełnia powszechnie przyjętą ilością 150 cm³ płynu, może się zdarzyć, że płyn ten ucieka do uchyłka, a w pęcherzu będzie ciasno i ciemno. Dlatego to przy przypuszczeniu uchyłka musi się cystoskopia odbyć przy możliwie największem wypełnieniu, na jakie pozwala pęcherz. Niebezpieczeństwa cystoskopii, o jakich wspomina Englisch, że cystoskopem można przy przechodzeniu do uchyłka przebić ścianę pęcherza lub wywołać oparzenie lampką, są przesadzone. Wprowadzanie cystoskopu do uchyłka odbywa się pod ustawiczną kontrolą oka i badający każdej chwili zdaje sobie sprawę z położenia dzióba cystoskopu; o przebiciu ściany pęcherza w tych warunkach mowy być zatem nie może, co się zaś tyczy oparzeń lampką, to mogło się to dawniej trafić, obecnie zaś są w powszechnem użyciu t. zw. »zimne lampki«, które nie rozgrzewają się nawet przy długiem świeceniu i oparzenia wywołać nie mogą.

W r. 1904. zastosował Koller poraz pierwszy promienie Röntgena w celu rozpoznania uchyłka pęcherza; do tego celu wypełnił pęcherz i uchyłek powietrzem, a przy prześwietleniu otrzymał w tem miejscu cień. Kontury tego cienia były rozlane, lecz pomimo tego pozwalały na dokładne ocenienie stosunku uchyłka do pęcherza.

(Ciąg dalszy nastąpi).

## Wodolecznictwo w polskich uniwersytetach.

W sprawie reformy studyum lekarskiego powinni zabrać głos, obok profesorów, także lekarze, a z tych przedewszystkiem młodzi, ci bowiem ukończyli studya według ostatniego sposobu nauczania i zdają sobie najlepiej sprawę z tego, jakie wiadomości wnieśli do swej praktyki i czego im brakuje. Jako taki zabieram głos w tej sprawie.

Kiedy się czyta dzieło Wilhelma Winternitza, pierwszego profesora, który ex cathedra wykładał o wodolecznictwie, to trudno uwierzyć, że tak obszerny dział terapii, jakim jest wodoleczenie, traktuje się u nas po macoszemu. A naprawdę niema dzielniejszego środka nad wodolecznictwo. Teoretyczne wiadomości o wodolecznictwie bez praktycznych, podobnie jak w chirurgii, choćby nawet gruntowne, nie wystarczają do praktyki. Lekarz musi bezwarunkowo umieć wykonywać zabiegi, gdyż woda źle zastosowana pociąga za sobą złe skutki, a powtóre musi umieć pokazać otoczeniu chorego, jak się je robi. Doświadczenie poucza, że chorzy i pielęgnujący ich nigdy nie wykonują dobrze zabiegu, jeżeli nie pokaże się im go praktycznie.

Dzisiejszy uniwersytet nie daje lekarzowi dokładnych wiadomości o wodolecznictwie, ani teoretycznych, ani praktycznych. Żniniewicz powiada w swojem »Studyum z praktyki wodoleczniczej«, że kiedy profesor Strümpell zapytał się kandydata medycyny, co wyobraża sobie przy tem, gdy pacyentowi przykłada

kompres, żaden student nie wiedział nic więcej, jak tylko tyle, że używa się do tego zwyczajnego płótna, wody, ceratki i flaneli. Wprawdzie słyszy się tu i ówdzie w ciągu wykładów, że w danym wypadku dobrze robią kąpiele lub opaski, nie podaje się atoli ani opisu, ani szczegółowych wskazań i przeciwwskazań pojedynczych zabiegów w rozmaitych chorobach. Wodolecznictwo jest gałęzią wiedzy lekarskiej, równie ważną jak inne, jest niezbędne dla lekarza praktyka i jest nauką ścisłą, nie dającą się wyuczyć mimochodem, ale wymaga specyalnych studyów obszernych, popartych doświadczeniami.

Podaję zatem myśl utworzenia katedry wodolecznictwa i traktowania jej równorzędnie z innemi katedrami przez wybudowanie osobnej kliniki i gmachu doświadczalnego.

Dr Leonard Ottenbreit, lekarz miejski w Bieczu.

---

## Sprawozdanie Prezydenta Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej

**Dr Jana Papée**

za czas od 10. marca 1917 do 23. lutego 1918.

(Dokończenie).

II. Sprawą, która dotyka ogół lekarzy, jest sprawa taryfy sądowolekarskiej w sprawach karnych. Taryfa ta, zmieniona w r. 1901, już przed wojną nie odpowiadała stosunkom, dlatego na XVI Wiecu Izb z inicyatywy naszej Izby wniesiono projekt nowej taryfy. Ponieważ wskutek wybuchu wojny sprawa ta utknęła i nie było nadziei w drodze ustawodawczej ją załatwić, Wydział naszej Izby w r. 1916 wniósł za pośrednictwem Wydziału wykonawczego memoryał do Ministerstwa sprawiedliwości z żądaniem prowizorycznego podwyższenia honoraryów lekarskich o 100%. O załatwienie tej sprawy urgował Prezydent Izby osobiście w Wiedniu kilka razy, nadto w październiku wnieśliśmy ponowne ponaglenie w drodze Wydziału wykonawczego, a zarazem zwróciliśmy się do wszystkich Izb z prośbą o osobne analogiczne wystąpienie według otrzymanej z Wydziału wykonawczego relacyi. Minister sprawiedliwości wobec deputacyi osobnej przyznał słuszność naszych żądań i przyrzekł w porozumieniu z Ministrem skarbu ją załatwić.

III. Według naszego przekonania dyety za tłumienie i szczepienie chorób zakaźnych, zwłaszcza zaś zwrot kosztów podróży, stoją w rażącej sprzeczności z obecnymi stosunkami ekonomicznymi i faktycznym wydatkiem na podwody. Z tego powodu wniósł Wydział obszerne przedstawienie do Wydziału krajowego i do Namiestnictwa z prośbą o podwyższenie dyet za szczepienie ospy, delegacyę do chorób zakaźnych i kilometrowego. Wydział krajowy pismem z dnia 2. stycznia 1918 zawiadomił, że dyety za szczepienie ospy podwyższa o 40—50%, począwszy od r. 1917, zaś o podwyższenie kilometrowego odnosi się z gorącem poparciem do c. k. Namiestnictwa. Co do dyet za choroby zakaźne według zasięgniętej informacyi u miarodajnych czynników załatwienie tej sprawy możliwe jest tylko drogą rozporządzenia dla całego państwa. Wobec tego Izba nasza tymczasowo radzi lekarzom przynależnym, ażeby, opierając się na § 27 ustawy z r. 1913 o tłumieniu chorób zakaźnych, zawierali ze starostwami poszczególne umowy z żądaniem dyet dziennych 15 koron. Okólnik taki wysłano do wszystkich lekarzy.

IV. W sprawie żądania prywatnych Towarzystw ubezpieczeń od wypadków, aby im dyrekcye szpitali wydawały świadectwa i orzeczenia lekarskie względnie odpisy historyi chorób, zwróciliśmy się z przedstawieniem do Wydziału krajowego, aby stanął w obronie postanowień Izb lekarskich i zabronił bezpłatnego wypełniania przedkładanych przez Tow. formularzy, a zezwolił tylko na wydawanie orzeczeń za wynagrodzeniem, ustanowionem przez Izby lekarskie. Wydział krajowy pismem z dnia 13/IX 1917 w odpowiedzi swej stara się utrzymać różnicę co do historyi chorób a świadectwami i orzeczeniami, i jest zdania, że historye choroby są dokumentem szpitalnym, którego wydawania nie potrzeba odmawiać Tow. ubezpieczeń, co do wydawania świadectw pozostawia lekarzom szpitalnym zupełną swobodę. Wydział Izby na posiedzeniu 25/1 uchwalił przesłać Wydziałowi krajowemu wyjaśnienie, że obowiązek tajemnicy lekarskiej odnosi się także do historyi choroby, która jest zbiorem szczegółów, stanowiących najściślejszą tajemnicę chorego; wydawanie zatem odpisu jej bez zgody chorego jest zdaniem Izby niedozwolone, chyba na żądanie uprawnionego do tego Sądu.

V. Z powodu utrudnień w legitymacyach i uzyskaniu podwód, doznanych przez lekarzy przy odwiedzaniu chorych Wydział Izby wniósł do Namiestnictwa prośbę o ich usunięcie. W załatwieniu tej prośby Namiestnictwo wydało polecenie Starostwom, aby lekarzom nie czyniono trudności w wydawaniu legitymacyi z ważnością na okres trzech miesięcy i aby im w nagłych wypadkach Starostwa szły na rękę w uzyskaniu podwody.

VI. Z powodu utworzenia Ministerstwa zdrowia i opieki społecznej Izby lekarskie przedstawiły Rządowi obszerny memoryał, w którym wyrażone zostały imieniem Izb postulaty, aby: Ministerstwo zdrowia było bezpolityczne, a kierownictwo jego spoczywało w rękach lekarza, by w Ministerstwie scentralizowane zostały wszystkie sprawy, odnoszące się do zdrowia publicznego, ażeby na poszczególnych stopniach administracyi sanitarnej (gminy, okręgi, zarządy krajów) byli postawieni lekarze jako samodzielne, w sanitarnych sprawach rozstrzygające, w prawo egzekutywy wyposażone czynniki sanitarne. W końcu zażądano w memoryale, aby w ciągu prac przygotowawczych co do organizacyi Ministerstwa wysłuchano opinii Izb, a projekt organizacyi wypracowany przez Rząd dano Izbom do zaopiniowania.

VII. W sprawie uwzględnienia sił krajowych w utworzyć się mającem Ministerstwie zdrowia zwróciliśmy się do Ministra dla Galicyi i Koła Polskiego z prośbą, ażeby stosownie do liczby ludności i potrzeb kraju zabezpieczono dostateczną ilość referentów dla Galicyi. W tej sprawie przeprowadzono korespondencyę z p. Ministrem, który przyrzekł to żądanie Izby uwzględnić.

VIII. Statut Kasy pensyjnej dla wdów po lekarzach, zwrócony przez Ministerstwo w marcu 1917, w myśl wskazówek żądanych poprawiono, a tabele matematyczne skonstruowane i zrewidowane zostały również w myśl żądania Ministerstwa przez specyalistę technika matematyczno-asekuracyjnego. Rozporządzeniem z dnia 3/9 1917 L. 38351/17 został statut zatwierdzony i Kasa pensyjna może obecnie wejść w życie. Zaproszenie do przystępowania do Kasy rozesłaliśmy wszystkim lekarzom przynależnym, a dalsze czynności przygotowane do założenia Kasy są w toku.

IX. Z powodu zmiany ustawy o kasach chorych i wynikającej stąd potrzeby ustanowienia Komisyi pojednawczych, na żądanie Namiestnictwa przedłożyliśmy opinię Izby w tym kierunku, iż należy ustanowić stale urzędującą komisyę we Lwowie, któraby się składała w połowie z przedstawicieli Izby i Kas chorych pod przewodnictwem urzędnika administracyjnego. Jako jedno z głównych zadań tej komisyi zaznaczono uporządkowanie stosunków służbowych lekarzy kasowych i ustalenie ramowego kontraktu umowy.

Równocześnie przypomnieliśmy w »Przeglądzie lekarskim« wszystkim lekarzom wzór kontraktu, wypracowanego przez naszą Izbę w r. 1914, z wezwaniem, aby się tego wzoru trzymali przy obejmowaniu posad w kasach chorych.

X. Na wiosnę r. 1917 urządziło Ministerstwo spraw wewnętrznych bezpłatny kurs dla lekarzy celem pouczenia o sposobie prowadzenia opiek dla chorych na gruźlicę. Wydział na żądanie Namiestnictwa przedstawił szereg kandydatów ze Lwowa i prowincyi, z których kilku zostało uwzględnionych i w tym kursie wzięło udział.

XI. Kilku lekarzy okręgowych, odbywających obecnie służbę wojskową, zwróciło się do Izby z zażaleniem, że odnośne Wydziały powiatowe nie chcą im wypłacać poborów służbowych i uważają stosunek służbowy za rozwiązany. Ponieważ w myśl ustawy lekarzom takim, o ile są stabilizowani, pobory służbowe się należą, Wydział Izby wniósł przedstawienie do Wydziału krajowego. Gdy jednak wydawanie zarządzeń co do wypłaty poborów nie leży w kompetencyi Wydz. krajowego, poradziliśmy dotyczącym lekarzom, aby nadto zwrócili się na drogę prawa przeciw Wydziałom powiatowym.

W sprawie obejmowania posad, opróżnionych chwilowo przez lekarzy powołanych do wojska, uchwalił Wydział, że obejmowanie to jest dozwolone tylko w charakterze zastępczym, stałe ich przyjmowanie nie jest zgodne z etyką i pociągnęłoby za sobą wdrożenie kroków dyscyplinarnych przeciw obejmującemu.

Ogłoszenie tej treści zamieścił Wydział w »Przeglądzie lek.« do wiadomości i zastosowania się przez lekarzy do Izb przynależnych.

XII. Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża zwróciło się z projektem szkolenia ociemniałych na zawodowych masażystów i z prośbą o jego zaopiniowanie. Wydział Izby, opierając się na rozp.

Ministerstwa, wydanem 18/1 r. 1895, które uważa samodzielne wykonanie masażu w celach leczniczych za jedną z metod należących do wiedzy lekarskiej, następnie mając na względzie zapobieganie partactwu lekarskiemu, wreszcie ze względu na to że zdaniem Izby do wykonywania miesienia niezbędnie jest potrzebny zmysł wzroku, zaopiniował powyższy projekt odmownie.

XIII. Poczyniliśmy starania o ułatwienie zaopatrzenia lekarzy w alkohol czysty, denaturowany i w naftę. Co do alkoholu czystego Centrala spirytusu w Wiedniu przyznała na rok 1917/18 lekarzom po 6 litrów na osobę do celów desinfekcyjnych, w myśl tego otrzymało 291 lekarzy alkohol; w grudniu otrzymaliśmy jednak zawiadomienie z Centrali, że dalszy przydział został wstrzymany z powodu braku i zapotrzebowania przez wojsko. W sprawie uzyskania spirytusu denaturowanego Ministerstwo skarbu przyznało dla okręgu naszej Izby 1660 litrów na rok 1918. Co do sposobu rozdziału jest w toku porozumienie z tutejszą Ekspozyturą spirytusu, do Ministerstwa zaś skarbu wnieśliśmy przedstawienie, że ilość przydzielonego spirytusu jest w stosunku do liczby lekarzy niewystarczająca. Pod względem ułatwień w otrzymywaniu nafty Namiestnictwo poleciło Starostwom uwzględnianie w pierwszym rzędzie lekarzy i zrównanie ich z najbardziej uprawnionymi co do poboru nafty. Na podstawie tego lekarze mają zwracać się bezpośrednio do Starostw z żądaniem większego przydziału nafty.

Wydział wyk. Izby czynił starania u Ministra żywnościowego o zaliczenie lekarzy do osób ciężko pracujących, na co atoli otrzymał odpowiedź odmowną.

W sprawie zaniechania dalszej rekwizycyi węgla i artykułów żywnościowych z Galicyi poparliśmy telegraficznie protest Izby lekarskiej krakowskiej, wniesiony osobiście przez deputacyę tej Izby u Koła sejmowego w Krakowie.

XIV. Wydział Izby pośredniczył z pomyślnym skutkiem w kilku wypadkach wypłaty zaległych rachunków za delegacye przy zwalczaniu chorób zakaźnych i szczepienie ospy. Wskutek interwencyi Wydziału w Namiestnictwie, przyspieszono wypłatę honoraryów.

W sprawie prywatnych honoraryów lekarskich na żądanie interesowanych lekarzy wydaliśmy kilka orzeczeń.

XV. Wydaliśmy na żądanie władz podatkowych liczne wyjaśnienia w sprawie zaniechania, niewykonywania, względnie zmniejszenia rozmiarów praktyki lekarskiej, te ostatecznie w tym duchu, że w okresie wojennym dochody z praktyki zmniejszyły się we Lwowie co najmniej do połowy w porównaniu z okresem przedwojennym.

XVI. Na prośbę lekarzy w Gródku zatwierdziliśmy taryfę lekarską dla tego miasta, po poczynieniu pewnych nieznacznych zmian.

XVII. Jeden z lekarzy, otrzymawszy ze Starostwa polecenie donoszenia imiennego o każdym przypadku choroby wenerycznej, zwrócił się do Izby z prośbą, jak ma postąpić, aby nie wejść w kolizyę z obowiązkiem tajemnicy lekarskiej. Wydział Izby odpowiedział, że lekarz jest obowiązany stać na stanowisku ustawowem tajemnicy lekarskiej, gdyż dotąd niema przepisów obowiązek ten znoszących, wobec czego lekarz ten zdaniem Izby nie może postąpić w myśl polecenia Starostwa.

XVIII. Wskutek powołania lekarzy do służby wojskowej ciągle się daje odczuwać, zwłaszcza na prowincyi, brak lekarzy. W okręgu naszej Izby są powiaty, pozbawione w zupełności lekarzy, inne mają bardzo niedostateczną pomoc lekarską. Wydział Izby wnosił przedstawienie w tej sprawie do władz cywilnych i wojskowych, a w ostatnim czasie odnieśliśmy się także do Namiestniczego Komitetu ratunkowego, zwracając uwagę na potrzebę powrotu i reklamacyi lekarzy dla okolic, tej pomocy pozbawionych. Do Naczelnej Komendy wojskowej zwróciliśmy się z prośbą o wyznaczenie okulisty dla miasta Stanisławowa; wskutek rozwiązania szpitala Czerwonego Krzyża we Lwowie zwróciliśmy się za pośrednictwem Magistratu o pozostawienie we Lwowie zajętych tam dotychczas lekarzy.

XIX. W sprawie powrotu władz centralnych i zniesienia cenzury wniesiono memoryał do Rządu i władz wojskowych, uchwalony na zebraniu, które odbyło się z inicyatywy naszej Izby, a na którem były obecne wszystkie instytucye i reprezentacye zawodowe. Podobne zebranie w sprawie zniesienia terenu wojennego w Galicyi odbyło się w Izbie adwokatów przy udziale naszej Izby i wspomnianych reprezentacyi zawodowych, które uchwaliło i wniosło do Rządu memoryał, z pomyślnym, jak wiadomo, rezultatem.

XX. Zażalenia w sprawie partactwa lekarskiego, których w ciągu roku było kilka, odstąpił Wydział Prokuratoryi, już też Magistratowi miasta.

XXI. Na prośbę Prezydyum Sądu krajowego wydał Wydział Izby opinie co do kwalifikacyi petentów na rzeczoznawców sądowych. Zaopiniowaliśmy kilkanaście podań o koncesye na otwarcie nowych aptek we Lwowie i na prowincyi.

XXII. Wiec Izb lekarskich nie odbył się również i w roku ubiegłym, w miejsce jego zainicyowane zostały celem utrzymania kontaktu z poszczególnemi Izbami konferencye prezydentów Izb we Wiedniu, których odbyło się w r. 1917 trzy. Przedmiotem obrad były aktualne sprawy wspólne, objęte także dzisiejszem mojem sprawozdaniem; co do obrad tych nie zapadają jednak żadne uchwały, obowiązujące wszystkie Izby.

XXIII. Rada honorowa Izby odbyła 8 posiedzeń, przedmiotem obrad i uchwał były sprawy osobiste, zażalenia stron prywatnych i ze strony władz o przekroczenie z tytułu wydania świadectw lekarskich. Z 10 rozpatrzonych spraw załatwiono 3, reszta pozostaje w toku dalszego dochodzenia.

XXIV. Wydział Izby uchwalił wdowom i sierotom po lekarzach udzielić zapomóg w kwocie 5.400 koron. Uwolniono częściowo od opłaty rocznej 17 lekarzy, odpisano opłaty z powodu przebywania poza Galicyą 8 lekarzom.

Na zakończenie podaję, że cyfrowo przedstawia się ogół czynności w ten sposób, że Wydział odbył 30 posiedzeń, liczba załatwień dokonanych przez prezydyum wynosi według protokołu podawczego: 1082.

Liczba lekarzy przynależnych wynosi nominalnie: 846 (ośmset czterdziestu sześciu).

Z tego jest:

| | |
|---|---|
| a) we Lwowie | 225 |
| b) na prowincyi | 176 |
| w niewoli | 25 |
| w słuźbie wojskowej | 256 |
| opuściło miejsce pobytu | 148 |
| zmarło | 13 |
| zaprzestało praktyki | 3 |
| Razem | 846 |

Odpowiedzialny redaktor:
**Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

## Nadesłane

Treść:





Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.